**高知県災害派遣福祉チーム（第３期）養成研修　受講申込書**

社会福祉法人高知県社会福祉協議会長　様

令和４年　　　月　　　日

　下記のとおり、高知県災害派遣福祉チーム（第３期）養成研修の受講を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属団体 | 　高知県介護老人保健施設協議会 |
| ふりがな |  | 生年月日 | （西暦）年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 性　別 | 男　・　女 | 年　齢 | 歳 |
| 本人住所 | **〒** |
| 本人携帯電話 |  | 本人メール |  |
| チーム員対象資格 | 社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員・保育士・看護師理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・相談支援専門員・医療ソーシャルワーカー・介護職員・生活相談員・生活支援員・地域包括支援センター職員　※あてはまるものすべてに○ |
| 通算業務経験　　　　年　　　　月　※上記通算業務経験３年以上必要 |
| 勤務先法人名 |  |
| 勤務先施設・事業所名 |  |
| 勤務先所在地 | **〒** |
| 勤務先電話 |  | 勤務先ＦＡＸ |  |

（記入上の注意）

　①　「チーム員対象資格」欄は、あてはまるものすべてに〇をつけ、その通産業務経験年

数を記入してください

　②　記入いただいた内容は、研修の運営管理、高知県災害派遣福祉チームの登録管理に使

用いたします。